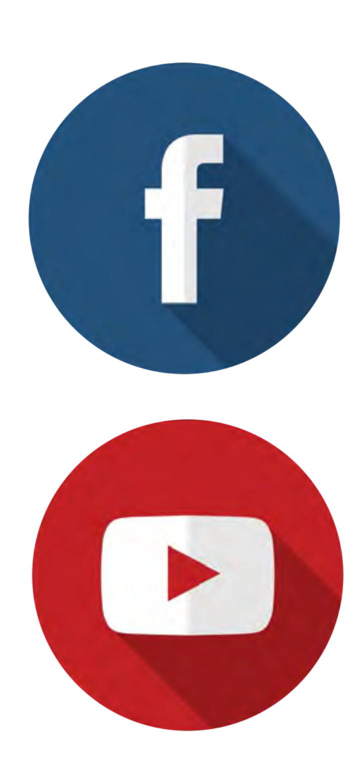

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE





CU nles + anlies

seuil de viabilité foetus = 28S

• CU : force motrice permettant la format° du segmt inf
survient dès 20SA
• dilatat° du col
• progression du foetus ds bassin + son expulsion

• la contract° de la ¢ musculaire lisse résulte de la mise en jeu des prot d'actine et de myosine grâce à :
- ions Na^+, K^+, Ca^{++} mobilisé par PG
- ocytocine élaborée par post-hypoph

• CU sont :
- involontaires
- intermittents + rythmées
entre les CU, l'utérus se relâche.
- progressives = ds durée + intensité :
↳ au début W : 1CU / 15-20' dure 15-20sec
↳ puis : 1CU / 2-3' durant 30-45 sec.
- DL : abd + pelvienne
lombaires ds variété post ⇒ les plus pénibles.
- totales : intéressent tt l'utérus.
- visibles et palpables.

∴ Etude clinique des CU :
* au cours de gsse : (Braxton Hicks) contract° intensité + fréqce faible
* fin gsse : deviennent DL + irrégulières

• à l'examen :
- le corps utérin devient plus cylindrique, dur empêchant de percevoir les parties foetales et BCF.
- après contract°, l'utérus se relâche et on perçoit de nouveau les parties foetales

⇒ la palpat° permet d'apprécier l'intensité + durée des CU + relâchemt

• examens paracliniques : enregistremt à l'électrocardiotocographie :
- ascent° rapide
- descente plus longue avec retour au tonus de base
- phase de repos entre les 2 CU.

• amplitude variables
- début W → 30-40 mm Hg.
- milieu W → 50-60 mm Hg.
- fin W → 80 mm Hg.

∴ les effets des CU :

↳ sur le SI :

- SI formé à partir de l'isthme utérin au cours du 3e trimestre. situé entre col et fond utérin = zone amincie du corps utérin.
- les forces développées par le corps utérin sont transmises et dirigées concentriquement vers le col grâce au SI.
- T3 → SI moule le pôle inf du foetus (la présentation) + amincissement + étirement = ampliation.

  TV = paroi mince, lisse, moulant la présentation foetale

  ✱ SI bien amplié, souple ⇒ condition d'une bonne adaptation foeto-maternelle

↳ sur le pôle inf : 2 entités imp pour la dilatation → PDE, → présentation foetale.

⚠ PDE : partie des mb du pôle inf de l'oeuf, situé en regard de l'air de dilatation cervica[le]

∴ Pour la PDE : nle → plate, peu saillante.

au moment des contractions → tendue, bombante. + ↗ P° liq amniotique

∴ Pour la présentation : → Primipare : la présentation descend ds bassin en fin gsse.
→ multipare : " reste haute pdt gsse + dilatation, elle ne s'engage que pour l'expulsion

les CU préparent le mobil foetal à l'expulsion en faisant intervenir des phénomènes mécaniques + dynamiques.

↳ sur le col : maturation du col

- nle : tonique + fermé pdt tt gsse
- avt travail = maturation : ramolissement pour permettre aux CU de dilater le col

Effacement du col : s/ effet CU → col se raccourcit progressivement + s'efface et s'incorpore au SI.

Dilatation : ouverture circulaire du col passant de 1 → 10 cm (dilatation complète)

pdt → 7 - 10 h = primipare
→ 3 - 6 h = multipare

⚠ Primipare → effacement puis dilatation.
multipare → effacement et dilatation en m̂ tps

3 conditions pour la dilatation du col :
- col mûr : court, souple, mou.
- SI amplié
- CU efficace

↳ au cours de l'expulsion : CU ↗ intensité + fréq ⇒ acmé

↳ au cours de la délivrance : CU nn DL, 15-20' après ↗ → rétraction utérine + expulsion du placenta

⚠ **les phases de la dilatat°** :

* au début W = perte du bouchon muqueux puis CU régulières (> 2 CU / 10') , rythmées , intensité et frqce ↑ et modificat° du col .

* phase de latence = effacemt + début de dilatat° jusqu'à 3 cm
  durée → 7h chez primi
  ↳ 5h ~ multi
  si période ↑ ⇒ dystocie de démarrage

* phase active = → accélérat° progressive (jusqu'à 4-5cm)
  ↳ pente max = dilatat° linéaire rapide : 4 → 9 cm
  ↳ décélérat° = pente ↓ : 9 → 10 cm

Régulat° de la CU :

* Régulat° nerveuse = . sympathique = modulateur du tonus corporal
  . // symp = ~ ~ cervical
  . inhibiteurs calciques , β_2 mim (Salbutamol), βbloq (Avlocardyl)
  ⇒ ⊖ CU.

* Régulat° hormonale = . oestrogènes : ↑ contractilité et excitabilité de la fml
  . progestérone : ⊖ contractilité + ↑ tonus du col .

* Régulat° médicamenteuse =
  ↳ médicamts qui ↑ CU = → ↑ amplitude CU : ocytocine , PG , O_2 , sérum glucosé
  ↳ ↓ tonus de base : anesthésie gle , dolosal , antispa
  ↳ médicamts qui ↓ CU = progestérone , β mim (Tocolytiques) , anti PG (indométacine)
  inhibiteurs Ca (Loxen ®)

Anlis des CU :

↳ anlie contractilité :
- hypocinésie : insuffisance CU, d'intensité ou de frqce ou les 2 (inertie utérine)
- hypercinésie : CU excessive. (>5CU / 10' ou >80 mmHg ou les 2).

↳ anlie tonus : Hypertonie : tonus de base > 20 mmHg, utérus se relâche mal ou pas.

↳ anlie de coordinat° : anlie contractile ou fibrillat° utérine : CU irrégulière ds tps, variable ds amplitude et frqce

Hypocinésie : ↓ intensité, durée, frqce des CU.
- ds hyposinésie d'intensité : P° amniotique reste basse
- " " de frqce : 1 CU chq 10' seulemt → Pblème de durée du W

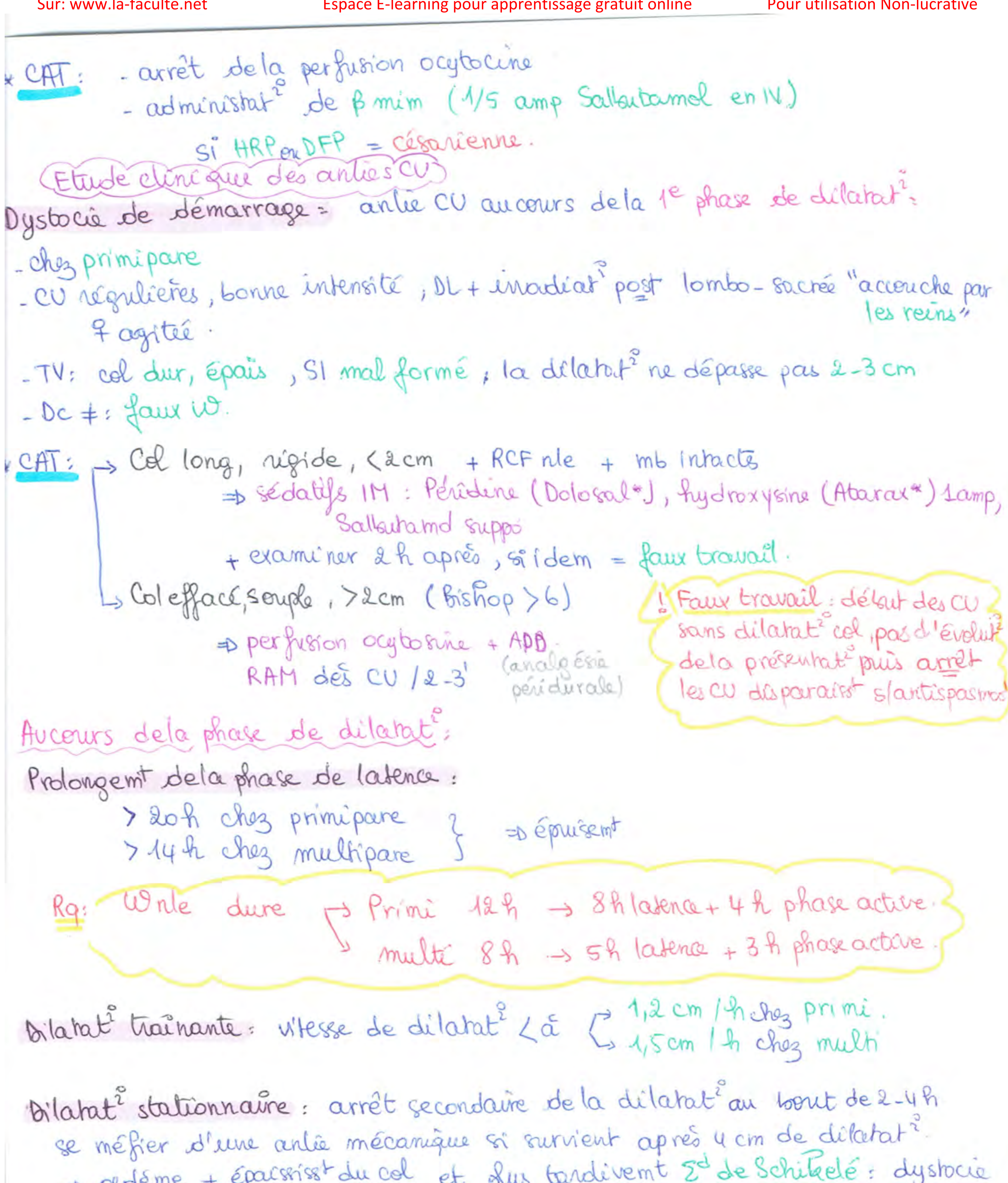
* conséq → maternelles : fatigue, ↗ forceps et ventouses
→ foetales : ↗ durée du W, ↗ risque infectieux, liq amniot teinté anlies RCF, ↓PH < 7,25, SFÂ (apgar < 6).

* CAT : - Prévent° : déambulat°, stat° debout
- rompre les mb si dilatat° > 3 cm si sont intacts → favorise sollicitat° du col → accélère dilatat°.
- Perfusion d'ocytocine.
après perfusion → si ∅ progression = DFP = césarienne.
→ si ∅ engagemt = syntocinon* + APD
- posit° ½ assise + cuisses sur bassin
- attendre 1-2 h si ∅ SFA
- si ∅ engagemt après 2 h → césarienne.
→ si ∅ descente : Synto*
- attendre 2 h si ∅ SFA.
- Forceps ou césarienne selon la hauteur.

Hypercinésie : ↗ intensité, durée, frqce.
↳ frqce = Tachysystolie : >5CU / 10'.
↳ intensité = hypersystolie : >80 mmHg.
↳ globale = les 2

* conséq → maternelles : fatigue, acidose métabolique.
→ foetales : hypoxie, acidose, altérat° RCF (SFÂ)

- en cas hypertonie + hypersinésie → évoquer DFP ou DPPNI
perturbent les échanges foeto - placentaires + risque SFÂ et RU
↓
TRT immédiat.



* **CAT** : - arrêt de la perfusion ocytocine
  - administrat° de β mim (1/5 amp Salbutamol en IV)
    si HRP ou DFP = césarienne.

(Etude clinique des anlies CU)

Dystocie de démarrage : anlie CU au cours de la 1e phase de dilatat° :

- chez primipare
- CU régulières, bonne intensité ; DL + irradiat° post lombo-sacrée "accouche par les reins"
  ♀ agitée.
- TV : col dur, épais, SI mal formé ; la dilatat° ne dépasse pas 2-3 cm
- Dc ≠ : faux W.

* **CAT** :
  → Col long, rigide, < 2cm + RCF nle + mb intacte
    ⇒ sédatifs IM : Péridine (Dolosal*), hydroxysine (Atarax*) 1amp, Salbutamol suppo
    + examiner 2h après, si idem = faux travail.
  → Col effacé, souple, > 2cm (Bishop > 6)
    ⇒ perfusion ocytocine + APD (analgésie péridurale)
    RAM dès CU / 2-3'

! Faux travail : début des CU sans dilatat° col, pas d'évolut° de la présentat° puis arrêt les CU disparaissent s/antispasmo.

Au cours de la phase de dilatat° :

Prolongem^t de la phase de latence :
> 20h chez primipare
> 14h chez multipare } ⇒ épuisem^t

Rq : W nle dure → Primi 12h → 8h latence + 4h phase active.
→ multi 8h → 5h latence + 3h phase active.

Dilatat° traînante : vitesse de dilatat° < à → 1,2 cm / h chez primi.
→ 1,5 cm / h chez multi

Dilatat° stationnaire : arrêt secondaire de la dilatat° au bout de 2-4h
se méfier d'une anlie mécanique si survient après 4 cm de dilatat°
⇒ œdème + épaississ^t du col et plus tardivem^t 2^d de Schikelé : dystocie cervicale + format° d'un anneau cervical rigide, ds l'intervalle des CU ; orifice cervical comme cerclé par fil de fer.

* **CAT** : - éliminer une cause mécanique
  - RPM + antispasmodique +/- perfusion ocytocine
    si échec (1h min) → césarienne

Pendant l'expulsion :

Dystocie dynamique par défaut de CU :

- multi → myomètre déficient.
- primi → épuisemt après W long.

* CAT :
  - si ∅ SFÂ = perfusion synto*
  - si ∃ SFÂ = Forceps de dégagem^t

Dystocie dynamique par excès de CU : anlie de la mécanique obstétricale

DFP, défaut de rotat° (cordon court) ⇒ surveiller le dégagem^t + protéger le périné.

Pendant la délivrance :

Inertie utérine (plus frqte) : chez grde multipare, surdistent° utérine ou usage excessif d'ocytocine.
↓
Hgié délivrance +/- rétent° placentaire

* CAT :
  - délivrance artificielle / révision utérine, massage utérin
  - ocytocine.

Hypertonie utérine (rare) : utérus gros, dur après expulsion du foetus.

* Act° mécanique des CU :
  - ampliat° du SI
  - progression du mobile foetal
  - effacem^t + dilatat° du col
  - format° de la PDE
  - expulsion foetus + annexes
  - rétract° utérine ds post-partum

Etiologies :
↳ neurovégétative : ♀ agitée
↳ iatrogènes : rupture intempestive de PDE, ocytociques, myorelaxants
↳ utérines : malformat°, myomes, utérus cicatriciel, infecté, distendu sténose cervicale après conisat°
↳ obstacles Praevia : Kyste de l'ovaire, bassin rétréci.
↳ causes ovulaires : P dystocique, macrosomie, cordon court, GG

utérus = muscle creux
3 parties : = moteur de l'accouch^t

* corps : partie puissante, muscle creux = myomètre. 3 couches : ext longitudinale, int circulaire, entre les 2 plexiformes
* segm^t inf : se développe à partir de l'isthme le T_3
* col : ouverture = accouch^t

3 propriétés : élastique + tonique + contractile

Il faut respecter l'intégrité de la PDE car :

- rôle protecteur du foetus contre le risque infectieux
- rôle protecteur contre les trauma
- rôle favorisant la dilatat° du col